

demOS

Jaargang 20
Februari 2004

ISSN 0169-1473

Een uitgave van het
Nederlands
Interdisciplinair
Demografisch
Instituut

Bulletin
over
Bevolking
en
Samenleving

2

NIDI

inhoud

- 9 **Gezonder door pensionering?**
12 **De strijd tegen**
vrouwenbesnijdenis
12 Demodata



foto: Marcel Winnée

Gezonder door pensionering?

HANNA VAN SOLINGE EN PRISCILLA DIJKHUIZEN

Een kwart van de gepensioneerden vindt dat hun gezondheid is verbeterd sinds ze zijn gestopt met werken, 40 procent is van mening dat stoppen met werken goed is geweest voor de gezondheid. Van de partners is dat zelfs 72 procent. Dat blijkt uit de resultaten van NIDI-onderzoek uit 2001. Daaruit blijkt ook dat het deel van de ouderen dat onder controle is van een medisch specialist over de periode 1995-2001 en ook het medicijngebruik is afgenomen.

Gezondheid scoort hoog als maatschappelijke waarde. Het gros van de mensen antwoordt spontaan "gezondheid" als hen wordt gevraagd naar wat men het allerbelangrijkste vindt in het leven. Gezondheid is meer dan de afwezigheid van ziekten. De World Health Organization (WHO) omschrijft gezondheid als een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn. Bevordering van gezondheid door preventie en voorlichting krijgt steeds meer aandacht. Het Sociaal en Cultureel Planbureau signaleerde een stijging van het aandeel mensen dat de stelling onderschrijft dat "een goede gezondheid het allerbelangrijkste is in het leven" van 35 procent in 1966 tot 60 procent in 1991. Ook als maatschappelijke waarde scoort gezondheid hoog. Dit komt onder andere tot uiting in de uitgaven voor de zorg. In 1998 bedroegen de kosten van de gezondheidszorg 8,3 procent van het Bruto Binnenlands Product (BBP: het totale inkomen dat door productie in Nederland is gevormd. Het is daarmee gelijk aan de som van de toegevoegde waarden van alle bedrijfstakken. De toegevoegde waarde is de waarde van de productie minus de waarde van de verbruikte goederen en diensten). Dat is een verdubbeling sinds 1963. In het Volksgezondheidsbeleid is het accent steeds sterker komen te liggen op bevordering van gezondheid door voorlichting en preventie.

Oudere werknemers en gezondheid

Gezondheid is voor oudere werknemers een belangrijk thema en speelt een duidelijke rol bij de afwegingen rondom stoppen met werken. Op drie manieren. Aller-

Gezondheid voor en na de pensionering (N=789)

	Voor pensionering (1995) (%)	Na pensionering (2001) (%)
BEOORDELING GEZONDHEID		
Gezondheidssituatie		
• Goed	82	86
• Niet goed/niet slecht	14	11
• Slecht	4	3
Heeft doorlopende gezondheidsklachten	26	23 (*)
MEDISCHE CONSUMPTIE		
• Is onder controle van medisch specialist	52	32
• Heeft afgelopen weken door huisarts voorgeschreven medicijnen gebruikt	52	47
GEZONDHEIDSBEVORDEREND GEDRAG		
“Is sinds stoppen met werken.....”		
• Minder gaan roken		10
• Meer gaan bewegen/sporten		53
• Minder alcohol gaan drinken		10
• In gewicht afgenomen		14
VISIE VAN DE WERKNEMER OP GEZONDHEID		
“Is uw gezondheid veranderd sinds u bent gestopt met werken?”		
• Ja, verslechterd		11
• Nee, ongeveer gelijk		66
• Ja, verbeterd		23
“Stoppen met werken is goed geweest voor mijn gezondheid”		
• (Helemaal) eens		41
• Niet eens/niet oneens		28
• (Helemaal) oneens		31
VISIE VAN DE PARTNER OP GEZONDHEID		
“Stoppen met werken is goed geweest voor de gezondheid van mijn man/vrouw”		
• (Helemaal) eens		72
• Niet eens/niet oneens		18
• (Helemaal) oneens		10
(*) verschillen tussen 1995 en 2001 zijn niet significant		
Bron: NIDI Ex-werknemersonderzoek 2001.		

eerst zijn ongezonde oudere werknemers geneigd om eerder te stoppen dan gezonde. Los van de feitelijke gezondheidssituatie spelen verder verwachtingen van de oudere werknemer mee. Werknemers die het idee hebben dat stoppen goed is voor de gezondheid willen eerder uittreden. Ten slotte fungeert de partner als een soort waakhond waar het de gezondheid van de werknemer aangaat. Ruim de helft van alle partners meent dat uittreding de gezondheid bevoor-

foto: Marcel Minnée



dert, hetgeen van grote invloed lijkt op de mate waarin stoppen met werken wordt aangemoedigd of juist wordt ontmoedigd.

Stoppen met werken als investering in de gezondheid

Hoe kijken oudere werknemers aan tegen stoppen met werken in relatie tot gezondheid? Uit een in 1995 en 2001 door het NIDI uitgevoerd onderzoek onder werknemers van 55 jaar en ouder (zie kader) blijkt dat 45 procent van de oudere werknemers van mening is dat stoppen met werken goed zal zijn voor de gezondheid. Het zal geen verbazing wekken dat de gezondheidstoestand van de werknemer bij de inschatting van het effect op de gezondheid een rol speelt (figuur 1). Werknemers met een slechte gezondheid verwachten meer van de pensionering dan gezonde werknemers. Opvallend is echter dat zelfs onder gezonde oudere werknemers ruim éénderde het idee heeft dat stoppen goed zal zijn voor de gezondheid. Kennelijk wordt stoppen met werken in brede kring gezien als een investering in de gezondheid.

Gezondheid na pensionering

Verbeterd de gezondheid na pensionering? Een in 2001 uitgevoerd herhalingsonderzoek onder de in 1995 ondervraagde oudere werknemers maakt een vergelijking van de gezondheidssituatie vóór en na pensionering mogelijk (zie de tabel). De beoordeling van de eigen gezondheid is in 2001 gemiddeld gezien iets positiever dan in 1995. Verder hebben iets minder mensen doorlopende gezondheidsklachten, maar dit verschil is niet significant. Grotere verschillen zien we in de medische consumptie: hier is sprake van een duidelijke daling. Zo is het aandeel ouderen dat onder controle is van een medisch specialist afgenomen van 52 naar 32 procent; en het medicijngebruik van 52 naar 47 procent. Al met al lijkt sprake van een lichte verbetering in de gezondheidssituatie. Dit beeld wordt bevestigd door de antwoorden op de vraag “Is uw gezondheid veranderd sinds u bent gestopt met werken?”. Bijna een kwart van de 800 inmiddels gepensioneerd is van mening dat hun gezondheid is verbeterd sinds ze zijn gestopt met werken. Van de ex-werknemers zelf vindt 40 procent dat stoppen met werken goed geweest is voor hun gezondheid, van de partners is dat zelfs 72 procent.

De rol van pensionering

De vraag is natuurlijk of de door de ex-werknemer ervaren vooruitgang in de gezondheid samenhangt met de pensionering als zodanig, of dat er ook andere factoren in het spel zijn. Uit een in 1990 door de Bedrijfsgeneeskundige Dienst van Philips uitgevoerd onderzoek onder personen die vervroegd waren uitgetreden blijkt dat zij een verbetering in hun gezondheid toeschrijven aan het feit dat ze bevrijd zijn van (fysiek) zware of slechte arbeidsomstandigheden (stank, lawaai, tocht) en werkdruk, maar ook aan het feit dat ze zich nieuwe gezondheidsbevorderende gewoonten hadden eigen gemaakt. Stoppen met werken heeft dus op directe en op meer indirecte wijze invloed op de gezondheid.

Een verbetering in de gezondheid na pensionering valt vooral te verwachten bij oudere werknemers die onder ongunstige arbeidsomstandigheden werken. Dat lijkt inderdaad het geval te zijn (figuur 2). Vóór de pensionering heeft van de oudere werknemers met zwaar werk 30 procent en zonder zwaar werk 19 procent doorlopende gezondheidsklachten. Ná de pensionering zien we bij werknemers met zwaar werk een daling en bij werknemers zonder zwaar werk een lichte stijging. Gemiddeld drie jaar na de pensionering zijn de verschillen tussen beide groepen verdwenen: de percentages liggen op een vergelijkbaar niveau.

Een aanzienlijk deel van de ouderen vertoont na hun pensionering gezonder gedrag dan daarvoor (zie de tabel). Ook dit lijkt van invloed op de gezondheid. Bij mensen die zich op het gebied van roken, drinken, bewegen en/of controle lichaamsgewicht gezonder zijn gaan gedragen zien we veel vaker een verbetering in de gezondheid dan bij mensen die na de pensionering *niet* gezonder zijn gaan leven (figuur 3). Bij hen zien we juist vaker een achteruitgang in de gezondheid.

Conclusie

Gezondheidsmotieven spelen een belangrijke rol bij de besluitvorming rondom pensionering. Voor veel oudere werknemers is een slechte gezondheid de reden om (gedwongen) met werken te stoppen. Maar ook onder gezonde werknemers heerst de overtuiging dat stoppen met werken een positieve bijdrage zal leveren aan de gezondheid. Stoppen met werken lijkt inderdaad in zekere mate een goede investering in de gezondheid te zijn. De beoordeling van de eigen gezondheid na pensionering is beter dan daarvoor en de medische consumptie neemt licht af. Deze positieve beeldvorming straalt ongetwijfeld ook uit naar oudere werknemers die nog voor de beslissing staan om al dan niet (vervroegd) uit te treden.

Zolang oudere werknemers, daarin gesteund door hun partners, er massaal van overtuigd zijn dat stoppen met werken een investering is in de gezondheid, zullen werknemers die zich dat financieel kunnen permitteren vervroegd uittreden. Beleid dat erop is gericht om ouderen te stimuleren langer aan het arbeidsproces deel te laten nemen zal met dit gegeven rekening dienen te houden.

Uitgebreidere informatie over dit onderzoek is te vinden in:

- Henkens, Kéne en Hanna van Solinge (2003), *Het eindspel. Werknemers, hun partners en leidinggevendenden over uittreden uit het arbeidsproces*. Assen: Van Gorcum/Stichting Management Studies. ISBN 90-232.3882-6 (€ 17).

Informatie over het Philips-onderzoek is te vinden in:

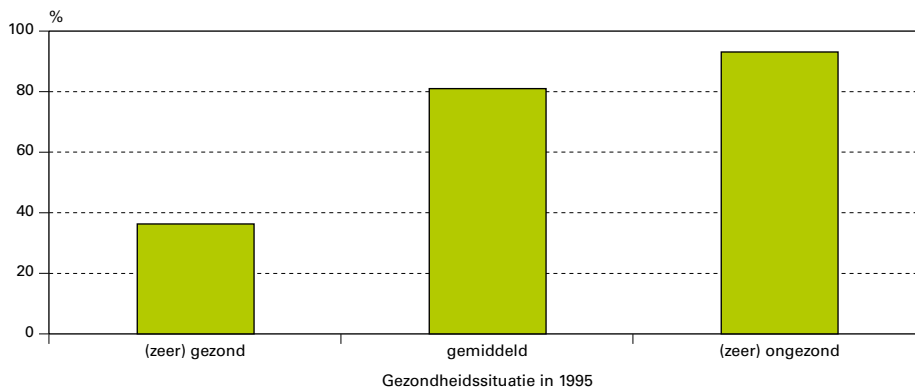
- Durinck, J.R. (1992), *Gezondheid, veroudering en werk. Gedrag en Organisatie* 5(6), pp. 496-510.

OVERIGE BRONNEN:

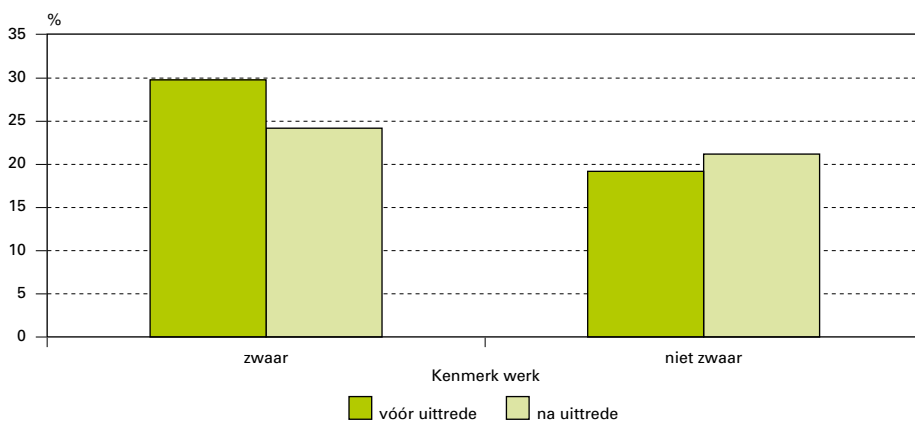
- Sociaal en Cultureel Planbureau (1992), *Sociaal en Cultureel Rapport*.
- World Health Organisation.

Ir. H. van Solinge, NIDI, EN **drs. P.S.H. Dijkhuizen**, VOORMALIG STAGIAIRE NIDI

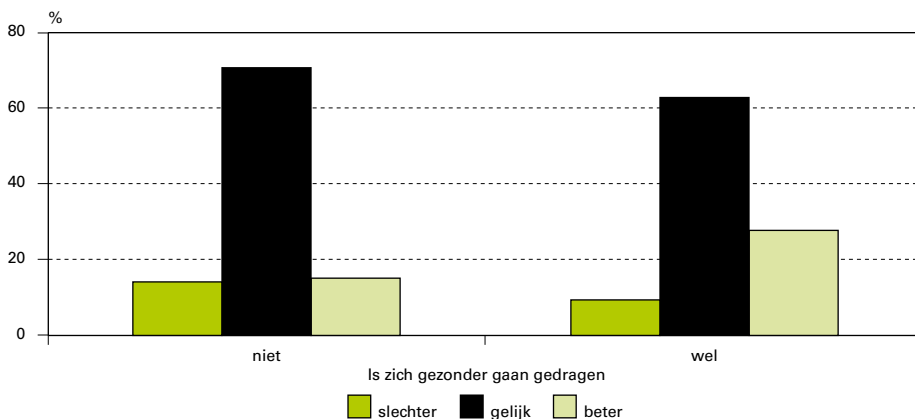
Figuur 1. "Stoppen met werken zal goed zijn voor de gezondheid" (% mee eens)



Figuur 2. Doorlopende gezondheidsklachten vóór en na uittrede



Figuur 3. Gezondheid na pensionering ten opzichte van gezondheid vóór uittrede



HET ONDERZOEK

In 2001 is door het NIDI een grootschalig onderzoek uitgevoerd onder ruim 3.500 oudere werknemers en voormalige werknemers werkzaam bij een aantal grote ondernemingen en bij de Rijksoverheid.

De resultaten in dit artikel zijn gebaseerd op een herhalingsonderzoek in 2001 onder voormalige werknemers van Unilever Nederland BV en VendexKBB. Zij werden eerder in 1995 op de leeftijd van 55 tot 60 jaar ondervraagd over hun VUT-plannen. Op deze wijze werd informatie verkregen over bijna 800 personen die recent zijn uitgetreden uit het arbeidsproces. Aan deze ex-werknemers is onder andere gevraagd hoe men de overgang naar een niet-arbeidzaam leven heeft ervaren. Verder is uitgebreide informatie beschikbaar over hun gezondheidssituatie na de pensionering. Omdat van de ondervraagde personen ook gegevens uit het onderzoek van 1995 bekend zijn (onder meer hun intenties met betrekking tot uittreding, gezondheid en de verwachtingen over het leven na de uittreding) kan een beeld worden verkregen van de veranderingen in gezondheid in de tijd. De respons was in 2001 vergelijkbaar met die in 1995: 74 procent van de ex-werknemers en 95 procent van de partners zond de vragenlijst retour.

Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Stichting Management Studies (SMS: www.managementstudies.nl) te Den Haag en medegefinancierd door de Nederlandse Stichting voor Psychotechniek in Arnhem (www.nsvp.nl).

De strijd tegen vrouwenbesnijdenis

TINEKE FOKKEMA EN CORINA HUISMAN

Vooraf het afgelopen decennium hebben veel personen en organisaties zich ingezet voor de strijd tegen vrouwenbesnijdenis. Deze schadelijke traditionele praktijk wordt voornamelijk in diverse Afrikaanse landen maar ook in Nederland met zijn Afrikaanse gemeenschappen uit bijvoorbeeld Somalië ten uitvoer gebracht. In een eerder nummer van Demos (jaargang 16, nr. 6) kwamen reeds de achtergronden en gezondheidsgevolgen van vrouwenbesnijdenis aan de orde. In dit artikel wordt het probleem voor zover mogelijk cijfermatig benaderd: om hoeveel vrouwen gaat het en in welke landen is het probleem het grootst? Verder wordt aandacht besteed aan initiatieven gericht op het uitroeien van vrouwenbesnijdenis.



Voorlichtingsposter over FGM uit Mali. Foto: AMSOPT

demodata

In 2002 reisden elke werkdag gemiddeld ruim vijf miljoen mensen naar het werk, 13 procent meer dan in 1995. Het aantal automobilisten nam met bijna 23 procent toe. In 2002 pakte 60 procent de auto. Bijna 10 procent ging met het openbaar vervoer, een kwart fietste naar het werk en drie procent liep. In 60 procent van de gevallen lag het werk buiten de woongemeente. Dat percentage verschilde nauwelijks met dat in 1995. De gemiddelde woon-werkafstand nam wel toe met 1,2 kilometer tot 18,2 kilometer. Zowel mannen als vrouwen reisden verder naar hun werk. Mannen werken trouwens gemiddeld acht kilometer verder van huis dan vrouwen (CBS).

Vrouwenbesnijdenis is een eeuwenoude traditie die nog steeds door veel mensen in stand wordt gehouden. In het Engels wordt vrouwenbesnijdenis FGM genoemd. Dat staat voor Female Genital Mutilation: vrouwelijke genitale verminking. Beide termen worden in Nederland gebruikt en beide dekken de lading niet helemaal. Dit heeft te maken met de verminkende en niet-verminkende vormen van besnijdenis die vrouwen kunnen ondergaan (zie kader op pag. 14). Mannenbesnijdenis kent slechts één niet-verminkende vorm: het wegsnijden van de voorhuid van de penis.

Hoeveel en waar

De Verenigde Naties (VN) en haar Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) schatten het totaal aantal vrouwen dat door besnijdenis is verminkt tussen de 100 en 140 miljoen. Dit aantal neemt toe met twee miljoen per jaar. Vrouwenbesnijdenis komt vooral voor in de 28 Afrikaanse landen gelegen tussen de evenaar en de kreeftskeerkring. In de schaal waarop en de

vorm waarin vrouwen worden besneden, bestaan grote verschillen. Figuur 1 toont deze verschillen voor die Afrikaanse landen waar vrij recent vergelijkbare nationale surveys (Demographic Health Surveys) zijn gehouden. In Benin, Niger, Nigeria en Tanzania wordt vrouwenbesnijdenis uitgevoerd bij een kleine minderheid van de bevolking. Het beperkt zich hier hoofdzakelijk tot de twee 'mildste' verminkende vormen van vrouwenbesnijdenis: clitoridectomie en excisie. In Eritrea en Noord-Soedan daarentegen ondergaan veel vrouwen de meest ernstige verminkende vorm: infibulatie (zie kader). In Afrikaanse landen waar een minderheid van de vrouwen wordt besneden, wordt het wel of niet besnijden grotendeels bepaald door de etnische groep waartoe men behoort en, hiermee samenhangend, het geloof dat men aanhangt. Verder speelt in deze landen het opleidingsniveau een belangrijke rol, zoals blijkt uit figuur 2. Vrouwenbesnijdenis komt beduidend minder vaak voor onder vrouwen die meer onderwijs hebben genoten.

Wanneer en door wie

De leeftijd waarop vrouwen worden besneden varieert nogal. Er zijn gebieden waar het al een paar dagen na de geboorte gebeurt (waaronder streken in Eritrea, Nigeria en Mali), andere waar vrouwen pas worden besneden wanneer zij zelf hun eerste kind hebben gebaard. Meestal vindt de besnijdenis echter vóór de eerste menstruatie plaats. Eigenlijk zou men dus over meisjes- in plaats van vrouwenbesnijdenis moeten spreken.

In het type persoon dat de besnijdenis uitvoert doet zich weinig variatie voor (figuur 3). Voor het overgrote deel zijn dat traditionele vrouwenbesnijders. Het percentage besnijdenissen dat door artsen, geschoolde verpleegsters of verloskundigen wordt uitgevoerd, is het hoogst (meer dan 20 procent) in Egypte, Guinea en Noord-Soedan.

Redenen

Er zijn diverse redenen waarom vrouwen worden besneden. Het vaakst worden genoemd: traditie en gewoonte, bescherming van de

maagdelijkheid, vergroting van de huwelijkskansen, bepaling van de vrouwelijke identiteit, mooiheid, islamitisch voorschrift en reinheid.

Dat vrouwenbesnijdenis een islamitisch voorschrift zou zijn is echter niet juist. In de Koran wordt besnijdenis nergens genoemd. Een aantal verzen zou zelfs geïnterpreteerd kunnen worden als een verbod op in ieder geval de verminkende vormen van vrouwenbesnijdenis. Zo staat bijvoorbeeld in de Koran geschreven: “en laat uw eigen handen geen bijdrage leveren aan uw vernietiging” (Sura 2, vers 195). Het is dan ook niet verwonderlijk dat in veel islamitische landen, waaronder Iran, Marokko en Turkije, vrouwen niet worden besneden. Ook het omgekeerde komt voor: vrouwen in niet-islamitische landen als Ethiopië en Kenia worden wel besneden.

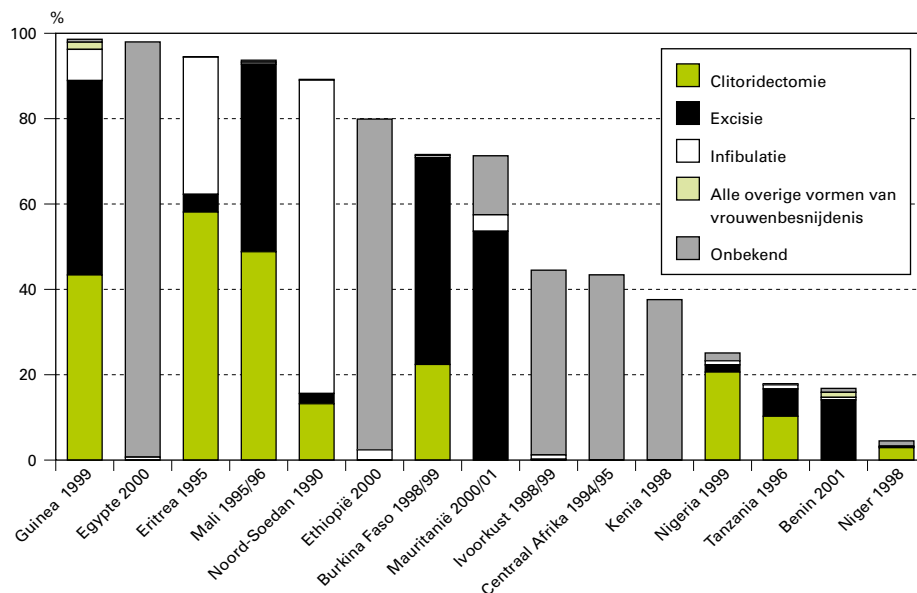
Wat betreft de reinheid leert de medische wetenschap ons dat besneden vrouwen heel wat meer hygiënische problemen hebben dan onbesneden vrouwen. Bij infibulatie, de meest ernstige vorm van vrouwenbesnijdenis, kunnen urine en menstratiebloed bijvoorbeeld vaak niet tijdig uit het lichaam wegvloeien hetgeen infecties kan veroorzaken.

De overige redenen zijn nauw verbonden met de patriarchale cultuur binnen de betreffende gemeenschappen. Dit heeft overigens internationale gezondheidsorganisaties er niet van weerhouden om een duidelijk en unaniem standpunt tegen vrouwenbesnijdenis in te nemen: het is één van de meest ernstige vormen van geweld tegen vrouwen en kinderen, een schending van verscheidene universele mensenrechten, en een gevaar voor de gezondheid en moet daarom worden bestreden. Op 6 februari 2003, de slotdag van een Afrikaanse conferentie over vrouwenbesnijdenis in Addis Ababa met als titel ‘Zero Tolerance to Female Genital Mutilation’, werd deze dag voor het eerst uitgeroepen tot Internationale Dag tegen Vrouwenbesnijdenis.

Gezondheidsgevolgen

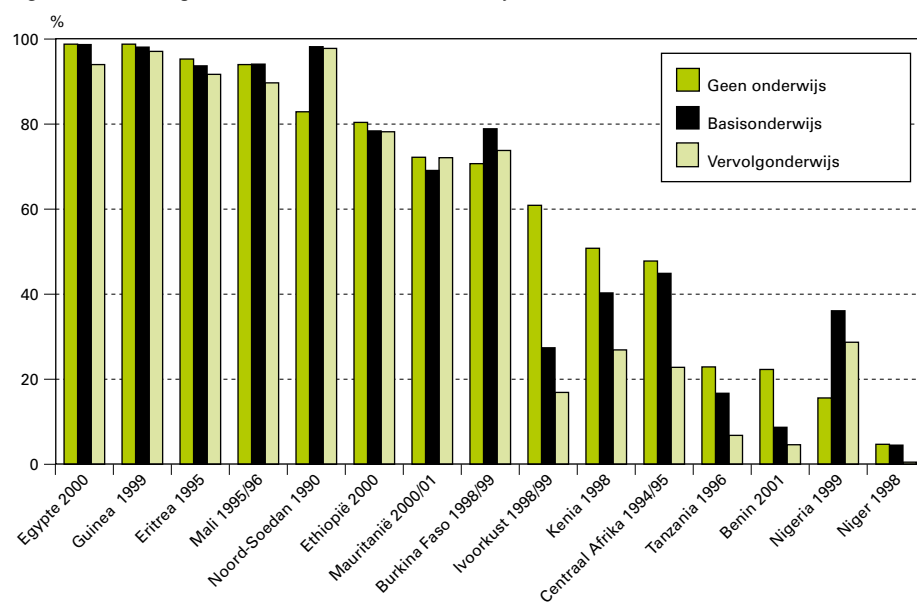
Vrouwenbesnijdenis kan de lichamelijke gezondheid ernstig schaden. Daarover zijn veel mensen het eens. Veel minder overeenstemming bestaat er over de mate waarin de complicaties (voor de belangrijkste gezondheidseffecten zie kader op pag. 15) zich voordoen. Zo komt uit een onderzoek in Benin naar voren dat besneden vrouwen een significant grotere kans op een doodgeboren kind hebben dan vrouwen die niet zijn besneden, terwijl een dergelijk verschil niet blijkt uit een Gambiaanse studie. Verder laat een Egyptisch onderzoek wel een direct verband zien tussen vrouwenbesnijdenis en onvruchtbaarheid en studies in de Centraal Afrikaanse Republiek, Ivoorkust en Tanzania niet. Een verhoogde kans op infectieziekten, tot slot, is wel geconstateerd in Burkina Faso, Gambia, Nigeria en Soedan, maar niet in Tanzania. Een plausibele verklaring voor deze en andere verschillen heeft te maken met het land- en regio-specifieke karakter van de gezondheidsstudies die tot dusver zijn uitgevoerd. De diverse landen en regio's verschillen duidelijk wat betreft de vorm van vrouwenbesnijdenis die wordt toegepast, de leeftijd waarop de vrouw wordt besneden, de hygiënische omstandigheden van de in-

Figuur 1. Percentage besneden vrouwen naar vorm van vrouwenbesnijdenis volgens WHO



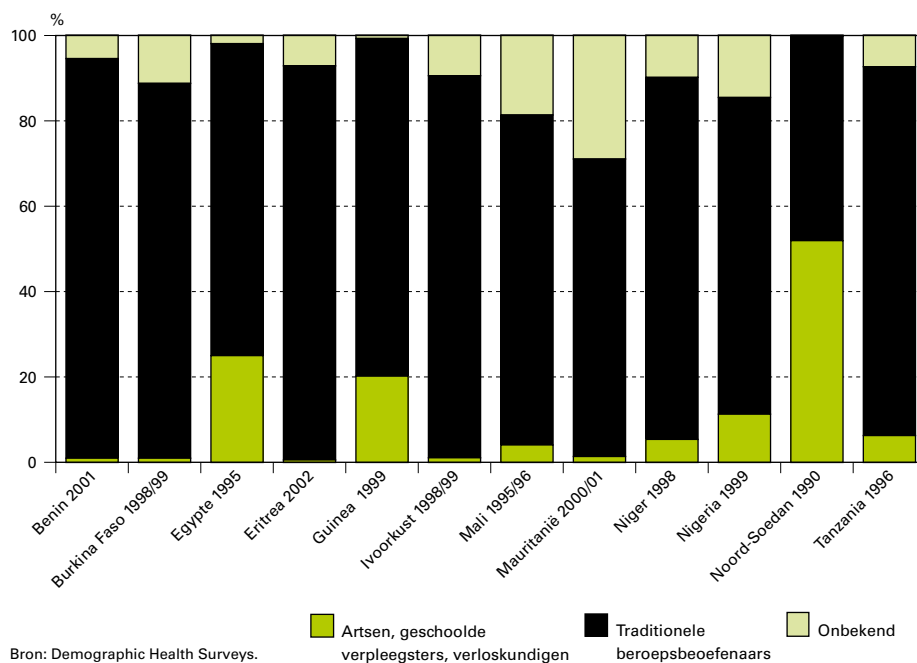
Bron: Demographic Health Surveys.

Figuur 2. Percentage besneden vrouwen naar onderwijsniveau



Bron: Demographic Health Surveys.

Figuur 3. Percentage vrouwenbesnijdenissen naar type uitvoerder



Bron: Demographic Health Surveys.



Astan, één van de voorlichters van AMSOPT (zie kader pag. 16) rijdt op haar brommer naar Malinese dorpen. Foto: Fatusch Productions

greep en de bekwaamheid van degene die de besnijdenis uitvoert. Het is zeer aannemelijk dat deze factoren de mate en ernst van de gezondheidsgevolgen bepalen.

Wetgeving in Nederland

Ook westerse landen worden in toenemende mate geconfronteerd met vrouwenbesnijdenis door de komst van vluchtelingen uit landen waar vrouwen worden besneden. Momenteel wonen in Nederland circa 30.000 Somaliërs, waarvan 46 procent vrouw. In eigen land blijken nagenoeg alle Somalische vrouwen te worden besneden (96-100 procent), waarvan een zeer groot deel geïnfibuleerd. Dat blijkt uit de resultaten van een nationale survey en vijf kleinschalige studies in de periode 1982-1983. Het Demographic Health Survey ontbreekt in Somalië.

Veel westerse landen hebben met de komst van vrouwenbesnijdenis hun wetgeving op dit terrein aangepast. In Nederland zijn alle vormen van vrouwenbesnijdenis sinds 1993 officieel verboden, conform de richtlijnen van de WHO. Het wettelijk verbod op vrouwenbesnijdenis in Nederland verschilt op twee essentiële punten met dat in andere Europese landen.

Ten eerste kent Nederland, in tegenstelling tot bijvoorbeeld Engeland en Frankrijk, geen specifieke wetgeving inzake vrouwenbesnijdenis. Het besnijden van meisjes valt hier onder de algemene artikelen over (kinder)mishandeling van het Wetboek van Strafrecht of onder het onbevoegd uitoefenen van de geneeskunst.

Ten tweede geldt in het Nederlandse strafrecht de vereiste van dubbele strafbaarheid. Dat wil zeggen dat het Nederlandse strafrecht tevens van toepassing is op een Nederlander die in het buitenland een strafbaar feit pleegt, mits dit feit ook in het land waar het is begaan strafbaar is. Dit betekent bijvoorbeeld dat ouders die hun dochter in Somalië laten besnijden, bij terugkeer in Nederland niet vervolgd kunnen worden, omdat de ingreep in Somalië momenteel niet is verboden. Tegen deze ouders kan wel strafrechtelijk worden opgetreden als ze in Nederland zelf aan de besnijdenis meewerken of medeplichtig zijn, bijvoorbeeld door met de familie in het land van herkomst af te spreken dat hun dochter moet worden besneden of door geld hiervoor over te maken. Het probleem is echter dat mondeling gemaakte afspraken zeer moeilijk te bewijzen zijn.

Ondanks de bestaande wettelijke maatregelen om vrouwenbesnijdenis binnen Nederland te bestraffen, is nog nooit iemand veroordeeld of vervolgd. In Nederland heeft de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid in 1994 richtlijnen voor hulpverleners en instanties opgesteld hoe te handelen bij een melding van (een vermoeden van) een aanstaande of recent uitgevoerde besnijdenis. Iedere melding dient te worden doorgegeven aan een Advies- en Meldpunt Kindermishandeling. Aan ouders van het meisje dient dan uitgebreide informatie te worden gegeven over de in Nederland heersende opvattingen en de mogelijke strafbaarheid van een dergelijke ingreep; een maatregel door de kinderbescherming kan noodzakelijk worden geacht. De Advies- en Meldpunten Kindermishandeling hebben tot dusverre nog geen enkele melding binnengekregen.

Ook in Engeland, waar wel een aparte wet tegen vrouwenbesnijdenis bestaat, is nog nooit iemand vervolgd. In Frankrijk, waar de dubbele strafbaarheid niet geldt, hebben rechtszaken wel tot veroordelingen geleid. Dit komt omdat daar veel Malinezen wonen, die hun dochters in de zuigelingenleeftijd laten besnijden. Dergelijke zaken worden via consultatiebureaus eerder gesignaleerd.

Schaduwzijden

Hoewel de eerste veroordeling in Nederland dus nog moet plaatsvinden, juichen sommige mensen het gegeven dat op het uitvoeren van vrouwenbesnijdenis in principe een strafrechtelijke reactie volgt toe omdat daardoor een dui-

VORMEN VROUWENBESNIJDENIS

Niet-verminkend

1. Bij de 'mildste' vorm wordt een prikje gegeven of een sneetje gemaakt in de clitoris of voorhuid (incisie) met als symbolisch doel enkele druppels bloed te laten vloeien.
2. De tweede vorm is min of meer vergelijkbaar aan mannenbesnijdenis: het rondom uitsnijden van de voorhuid van de clitoris (circumcisie).

Verminkend

3. In de derde vorm gaat men nog een stap verder. Ook de top van de clitoris of zelfs de hele clitoris wordt weggesneden (clitoridectomie). Soms worden ook (delen van) de kleine schaamlippen weggehaald (excisie).
4. In de meest ernstige vorm worden, na het geheel of gedeeltelijk verwijderen van de clitoris en de kleine schaamlippen, de grote schaamlippen ruw gemaakt of deels weggesneden, waarna de wondranden aan elkaar worden gehecht (infibulatie). Slechts een kleine opening blijft bestaan voor het laten wegvloeien van urine en menstruatiebloed.

Sinds 1995 hanteert de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) de volgende indeling: I clitoridectomie, II excisie, III infibulatie en IV alle overige vormen van vrouwenbesnijdenis.

korte termijn

- hevige pijnen en (terugkerende) bloedingen waardoor men soms (blijvend) in een shocktoestand raakt of zelfs overlijdt;
- infecties (w.o. schimmelziekten, bloedvergiftiging en wondinfecties);
- HIV-besmetting;
- verwondingen aan de omliggende organen (w.o. urinebuis, blaas, darm en anus);
- ontstekingen van de vaginaschede, baarmoederhals en baarmoeder;
- urineretentie (dat is het onvermogen om de blaas volledig te legen).

lange termijn

- littekenvorming van de uitwendige vrouwelijke geslachtsdelen met als mogelijk gevolg voortdurende pijn bij het zitten en lopen en tijdens de geslachtsgemeenschap;
- verlating van de eerste menstruatie en moeilijkheden en hevige pijn bij de daaropvolgende menstruaties;
- vorming van nier- of vaginastenen en huidirritatie ten gevolge van het niet goed kunnen laten wegvloeien van urine en menstruatiebloed;
- steeds terugkerende urineretentie en infecties resulterend in pijnlijke en moeilijke urinelozing of in het ergste geval onvruchtbaarheid;
- abscessen en cysten van huidweefsel;
- bloedarmoede;
- incontinentie;
- verwondingen en inscheuren tijdens bevalling;
- verhoogde kans op miskramen en doodgeborenen;
- onvruchtbaarheid.



Besnijdenisrite: meisje in Senegal. Foto: TOSTAN

delijk signaal wordt afgegeven. Anderen wijzen echter op enkele schaduwzijden van het verbod op vrouwenbesnijdenis.

In de eerste plaats kan de dreiging met strafmaatregelen ertoe leiden dat de ingreep in het geheim wordt uitgevoerd. Over hoe vaak, in welke vorm, door wie, wanneer en waar er in Nederland illegaal wordt besneden, bestaan echter geen harde gegevens. Wel doen al jaren geruchten de ronde dat meisjes gedurende de zomervakantie door hun ouders naar familie in het geboorteland worden teruggestuurd om daar te worden besneden, en dat er traditionele vroedvrouwen in Nederland rondreizen die op verschillende plaatsen besnijdenissen uitvoeren.

In de tweede plaats leidt het wettelijk verbod tot het uitblijven van een dialoog. Immers, voor mensen die vrouwenbesnijdenissen praktiseren en voor vrouwen die een besnijdenis hebben ondergaan is het moeilijk om openlijk over dit onderwerp te praten. Ze zijn bang om vervolgd of gestigmatiseerd te worden. Het gebrek aan openheid heeft ook nog een andere oorzaak. Nederlanders die beroepshalve voor de eerste keer met vrouwenbesnijdenis worden geconfronteerd, reageren vaak verontwaardigd en benadrukken het onmenselijke karakter van de ingreep. Deze felle reactie kunnen de besneden vrouwen vaak niet goed plaatsen omdat zij juist menen dat zij door besnijdenis meer mens worden. Dit verhoogt de drempel voor besneden vrouwen, voor wie intieme zaken toch al moeilijk bespreekbaar zijn, om bij complicaties hulp te vragen.

Het verbod en de richtlijnen zijn dus alleen niet voldoende om vrouwenbesnijdenis in Nederland tegen te gaan. Wil men daadwerkelijk de dialoog op gang brengen, dan moet het samengaan met het geven van voorlichting, zowel aan de in Nederland verblijvende Afrikaanse gemeenschappen als aan de diverse beroepsgroepen die in aanraking kunnen komen met vrou-

wenbesnijdenis. Door diverse organisaties zijn wat dat betreft sinds de jaren negentig initiatieven ontplooid, onder meer gericht op de Somalische gemeenschap (zie kader). De voorlichting aan beroepsgroepen heeft zich tot dusver vooral gericht op personen werkzaam in de reguliere gezondheidszorg. Dit is niet zo verwonderlijk: vooral huisartsen, gynaecologen en verloskundigen worden geconfronteerd met de lichamelijke gevolgen van vrouwenbesnijdenis; psychologen, psychiaters en maatschappelijk werkers met de psychologische gevolgen. Daarnaast zijn initiatieven ontplooid die zijn gericht op structurele opname van het onderwerp vrouwenbesnijdenis in reguliere medische en verpleegkundige opleidingen. Andere te benaderen beroepsgroepen zijn politie en leraren. Verder zijn de nieuwkomers een potentiële doelgroep.

Afrikaanse aanpak

De Nederlandse aanpak kan niet los worden gezien van de activiteiten in de Afrikaanse landen waar vrouwenbesnijdenis een gangbare praktijk is. Het probleem dient immers bij de wortels te worden aangepakt.

Zo'n tien jaar geleden durfde op het Afrikaanse continent geen enkel land wetten aan te nemen tegen vrouwenbesnijdenis. Inmiddels is vrouwenbesnijdenis in 14 Afrikaanse landen verboden, waaronder Egypte, Ethiopië, Kenia en Senegal. Maar net als in Nederland: wetten zijn niet voldoende. Een Egyptische gynaecologe zei hierover: "Het gaat net zo als met de verkeersregels in Egypte, niemand stoort zich eraan".

De afgelopen decennia zetten veel organisaties in Afrika activiteiten op om vrouwenbesnijdenis een halt toe te roepen. Eén daarvan is het Inter-African Committee on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children (IAC), een organisatie opgericht door en voor Afrikaanse vrouwen. Sinds de oprichting in 1984 voert het IAC, in samenwerking met na-

FSAN

De noodzaak van voorlichting is in de jaren negentig door verschillende organisaties in Nederland opgepakt. Zo is in 1996-1997 door de Federatie van Somalische Associaties in Nederland (FSAN) een landelijke campagne gevoerd tegen alle vormen van vrouwenbesnijdenis binnen de Somalische gemeenschap. Voorlichtingsbijeenkomsten werden gegeven aan verschillende groepen: vrouwen, mannen, jongeren. Doel van deze bijeenkomsten was om de Somalische gemeenschap te informeren en te overtuigen van de schadelijke medische gevolgen van vrouwenbesnijdenis en de onjuistheid van de motieven die worden aangehaald om vrouwen wel te besnijden. Volgens FSAN is ongeveer 30 procent van de Somalische gemeenschap met deze campagne bereikt.

tionale niet-gouvernementele organisaties (NGO's), zowel op nationaal als op lokaal niveau actie tegen schadelijke traditionele praktijken in Afrika, waaronder tienerhuwelijken en -zwangerschappen, voedseltaboes en vrouwenbesnijdenis.

Tot dusver bestaat een groot deel van de activiteiten uit zogenoemde sensibiliseringscampagnes gericht op de bewustwording ten aanzien van vrouwenbesnijdenis. Deze campagnes lijken het meest succesvol wanneer de nadruk ligt op de schadelijke gezondheidsgevolgen van vrouwenbesnijdenis in het algemeen en het gevaar van HIV/AIDS in het bijzonder. Verschillende organisaties, waaronder Amnesty International, waarschuwen echter voor 'medicalisering' van de besnijdenis. Wanneer eenzijdig de nadruk wordt gelegd op de gezondheidsgevolgen bestaat het risico dat landen niet de besnijdenis willen uitroeien maar propageren dat meisjes voortaan door artsen pijnloos en hygiënisch moeten worden besneden. Deze organisaties pleiten er dan ook voor om in de campagnes meer de nadruk te leggen op de schending van universele mensenrechten.

Betrokken organisaties melden dat de sensibiliseringscampagnes hebben geleid tot een verandering in de houding van Afrikanen ten opzichte van vrouwenbesnijdenis. Een mentaliteitsverandering betekent echter niet direct een gedragsverandering. De sociale druk vanuit de gemeenschap is meestal groot, de oude generatie heeft nog grote invloed en de ouders kunnen twijfelen over de toekomst van hun dochter: wat betekent het als zij niet is besneden, hoe groot is dan de kans op een huwelijk of een hoge bruidsschat en bestaat er de kans dat zij als onbesneden vrouw buitenechtelijke

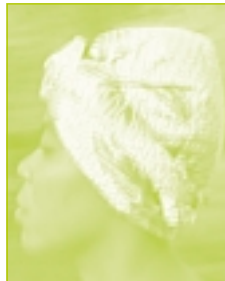
relaties aangaat waarmee zij de familie te schande maakt? Kortom, na de sensibiliseringscampagnes is het nu tijd dat de organisaties zich gaan richten op daadwerkelijke gedragsverandering. In verschillende Afrikaanse landen is hiermee onlangs een begin gemaakt (zie kader).

Tot slot

Helaas zullen ook in de toekomst nog veel meisjes worden besneden. Besnijdenis hangt samen met de status van de vrouw en haar familie en bepaalt voor een belangrijk deel de toekomst van deze vrouwen. Simpelweg zeggen dat besnijdenis barbaars is en daarom moet worden afgeschaft heeft geen zin. Ook wetten en straffen zijn onvoldoende. De enige weg lijkt voorlichting. Gedragsveranderingen kunnen pas plaatsvinden nadat vrouwen én mannen zijn overtuigd van de onjuistheid van de redenen die aan de besnijdenis ten grondslag liggen, en zich bewust zijn van de gezondheidsgevaaren die het met zich meebrengt. Vrouwenbesnijdenis is echter geen op zichzelfstaand verschijnsel. Zij hangt samen met de ondergeschikte positie van vrouwen. De voorlichting moet daarom samengaan met een positieverbetering van vrouwen. Vrouwen moeten weerbaarder worden gemaakt zodat zij 'nee' kunnen zeggen tegen besnijdenis. Onderwijs speelt hierbij een belangrijke rol, maar ook economische onafhankelijkheid en het recht op gezondheidszorg.

Dr. C.M. Fokkema EN **drs. C.C. Huisman**, NIDI

DEMOS verschijnt 10 x per jaar en beoogt de kennis en meningsvorming over bevolkingsvraagstukken te bevorderen. Inlichtingen over toezending van kopij kunnen worden ingewonnen bij de redactie



Gehele of gedeeltelijke overname van artikelen met bronvermelding is toegestaan. Toezending van bewijs-exemplaren wordt op prijs gesteld.

Het NIDI is een instituut van de KNAW dat zich bezighoudt met onderzoek naar ontwikkelingen in de omvang en samenstelling van de bevolking

colofon

Demos	is een uitgave van het Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI).
Redactie	Harry Bronsema, eindredacteur dr. Harry van Dalen ir. Hanna van Solinge dr. Ernst Spaan
Adres	NIDI/DEMOS Postbus 11650 2502 AR 's-Gravenhage
Telefoon	(070) 356 52 00
E-mail	demos@nidi.nl
Internet	http://www.nidi.nl/public/demos/
Abonnementen	gratis
Basisontwerp	Harmine Louwé
Druk	Drukkerij Repko, Voorburg

DORPSTRAJECTEN IN MALI: SUCCESVOLLE AANPAK VROUWENBESNIJDENIS

Een prachtig voorbeeld van campagnes gericht op gedragsverandering zijn de zogenaamde dorpsprojecten in Mali, waar ruim 90 procent van de vrouwen vaak in de ergste vorm is besneden. Dit project wordt uitgevoerd door de vrouwenorganisatie AMSOPT (Association Malienne pour le Suivi et l'Orientation des Pratiques Traditionnelles), een lokale NGO die zich inzet voor de afschaffing van vrouwenbesnijdenis. De veldmedewerksters van AMSOPT rijden op brommers van Bamako, de hoofdstad van Mali, naar dorpen om voorlichting over vrouwenbesnijdenis te geven. Zij benaderen de dorpen volgens de daar bestaande hiërarchische structuur. Eerst wordt aan het dorpsbestuur en diens dorpsraad en aan de oude vrouwen toestemming gevraagd om met de jongere generatie te mogen spreken. Pas dan praten zij met verschillende jongere groepen over gezondheid en voortplanting en leiden het gesprek langzaam maar zeker naar het onderwerp vrouwenbesnijdenis. Hierbij ligt de nadruk vooral op het aankaarten van de gezondheidsgevaaren van het besnijden én de (reproductieve) rechten van vrouwen. Met deze voorzichtige benadering wordt geprobeerd om alle dorpselingen (inclusief de dorpsleiding) te overtuigen van de noodzaak tot verandering, met als einddoel het collectieve besluit van een dorpsgemeenschap om vrouwenbesnijdenis voortaan achterwege te laten.

Succesvolle aanpak

Ondanks het zeer ambitieuze doel blijkt de aanpak te werken. Sinds de start van het project in 1995 zijn al enkele dorpen 'om'. AMSOPT blijft in contact met deze dorpen omdat de afschaffing nieuwe problemen met zich meebrengt. Zo zullen onbesneden meisjes in deze dorpen straks vrouwen met jongens uit naburige dorpen waar de meisjes nog wel worden besneden. Daarnaast worden vrouwen op kosten van AMSOPT geopereerd om de allereerste lichamelijke gevolgen van de besnijdenis te verhelpen. Verder probeert AMSOPT alternatieve werkzaamheden, en dus inkomstenbronnen, te vinden voor degenen die de besnijdenissen toepasten.

Met min of meer eenzelfde benadering werden al eerder grote resultaten geboekt door het TOSTAN/UNICEF-project in Senegal, waar de overgrote meerderheid van de meisjes nog steeds wordt geïnfibuleerd ondanks het feit dat vrouwenbesnijdenis sinds 1999 officieel is verboden. Het eerste educatieve programma van TOSTAN werd gegeven aan de vrouwen in het Senegalese dorp Malicounda Bambara. Vrouwenbesnijdenis werd ook in dit programma benaderd als een mensenrechten- en gezondheidsissue, en niet als iets dat gelieerd is met de – onbespreekbare – vrouwelijke seksualiteit. Na het volgen van het programma besloten enkele vrouwen in september 1996 af te zien van verdere besnijdenissen. Deze vrouwen slaagden erin om ook de andere dorpselingen te mobiliseren. Mannen en leidinggevende personen die aanvankelijk gekant waren tegen het opgeven van deze traditie, werden in de discussies betrokken. Ze schaarden zich achter de beslissing en gaandeweg werden andere dorpen in de omtrek ertoe aangezet om hetzelfde te doen. Begin december 2003 verklaarde TOSTAN dat maar liefst 1.271 gemeenschappen, ongeveer een kwart van alle praktiserende gemeenschappen in Senegal, publiekelijk hebben verklaard om met vrouwenbesnijdenis te stoppen.